

# Société de Réadaptation du Nord-Est

Association fondée le 16/10/1976 (groupant toutes les personnes exerçant des responsabilités en matière de Réadaptation des Personnes Handicapées Physiques - Statuts -)



[www.sornest.fr](http://www.sornest.fr)

Siège social : Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation - 75 boulevard Lobau – CS 34209 – F- 54042 NANCY  
Tél: 03.83.39.34.34 – Fax: 03.83.39.34.59

Président : Docteur B. LUCAS-PINEAU – C.R.F. DIVIO, 12 rue Saint Vincent de Paul 21000 DIJON  
Tél: 03.80.42.45.06– Fax: 03.80.41.54.73– Email: [blucaspineau@cos-asso.or](mailto:blucaspineau@cos-asso.or)

Secrétaire : Docteur S. RAGOT-MANDRY – Service de rééducation ,Hôpital d'enfants, rue du Morvan, 54500 VANDOEUVRE  
LES NANCY- Tél: 03.83.15.47.84– E.mail: [sylvie.ragotmandry@ugecamne.fr](mailto:sylvie.ragotmandry@ugecamne.fr)

Trésorier : Docteur A. MATHIEU-PIERRE – 8 rue du Capitaine Flayelle, 88200 REMIREMONT  
E.mail: [annie.mathieu-pierre@apf.asso.fr](mailto:annie.mathieu-pierre@apf.asso.fr)

C.C.P. NANCY 156 60 Z

---

## DEMANDE D'ADHESION

NOM - Prénoms :

Date de naissance :

Adresse personnelle (éventuellement) :

Tél :

Fax :

E-mail :

- déclare vouloir adhérer à la SORNEST (1)

- accepte les conditions d'adhésion et les règles de fonctionnement fixées par les statuts de la Société.

Date :

Signature :

---

### **Renseignements concernant le postulant**

1. Activité professionnelle principale :

2. Adresse du lieu d'exercice de l'activité de réadaptation :

3. Tél :

Fax :

E-mail :

4. Fonction dans ce domaine :

5. Titres, travaux et/ou compétences correspondant aux buts de la Société :

---

**(1) Le Conseil d'Administration se réserve le droit d'apprécier si les critères ci-dessus correspondent à la qualité de membre actif ou à celle de membre associé. Bulletin à retourner à :**

**Docteur Sylvie RAGOT-MANDRY**

**Secrétaire de la SORNEST**

**Service de rééducation, Hôpital d'enfants, rue du Morvan,  
54500 VANDOEUVRE LES NANCY**